UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 6

A PROPOS D'UNE LAPAROTOMIE POUR CONTUSION DE L'ABDOMEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1922

PAR

Mademoiselle Natalie TODOROVITCH

Née à Nich (Serbie), le 14 février 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE-PAPETERIE GÉNÉRALE DU MIDI
8, Boulevard Victor-Hugo, 8

1922

A PROPOS

D'UNE LAPAROTOMIE

POUR CONTUSION DE L'ABDOMEN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 6

A PROPOS D'UNE LAPAROTOMIE POUR CONTUSION DE L'ABDOMEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1922

PAR

Mademoiselle Natalie TODOROVITCH

Née à Nich (Serbie), le 14 février 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé. } *Assesseurs*
LAPEYRE, agrégé.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MONTPELLIER
IMPRIMERIE-PAPETERIE GÉNÉRALE DU MIDI
8, Boulevard Victor-Hugo, 8

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
	TEDENAT.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE LIEUTENANT-COLONEL VLADIMIR M TODOROVITCH

ÉTOILE DE KARAGEORGES AVEC GLAIVES, AIGLE BLANC, MÉDAILLE D'OR

Mort au Champ d'Honneur pour sa Patrie

le 5 Février 1917

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

LE LIEUTENANT-COLONEL DIMITRIÉ KOUZMANOVITCH

AIGLE BLANC, MÉDAILLE D'OR; MÉDAILLE DU MÉRITE MILITAIRE

ET

LE LIEUTENANT-COLONEL SIBINE V. TODOROVITCH

ÉTOILE DE KARAGEORGES AVEC GLAIVES, MÉDAILLE D'OR

MÉDAILLE D'ARGENT

A MES NEVEUX BOGDAN ET VLADIMIR

A MES AMIS

N. TODOROVITCH.

Il est de mon devoir d'exprimer toute ma reconnaissance à mes Maîtres et à tous mes amis Français qui ont soutenu, au moment le plus critique, les Serbes réfugiés pleins de confiance en ce beau pays hospitalier ; nous y avons trouvé des cœurs amis pleins de sentiments les plus nobles qui se sont ouvert devant nous'.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, ma reconnaissance très grande pour ses bonnes leçons.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE Professeur-Agrégé LAPEYRE

Je les remercie vivement d'avoir voulu accepter d'être membres de mon jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qu'ils reçoivent tous les sentiments de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE Professeur-Agrégé RICHE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré ce travail et m'a aidé voudra bien accepter l'expression de ma vive reconnaissance.

N. TODOROVITCH.

A PROPOS

D'UNE LAPAROTOMIE

POUR CONTUSION DE L'ABDOMEN

AVANT-PROPOS

L'ère des discussions passionnées à propos du traitement des contusions de l'abdomen est écoulée, mais ces traumatismes sollicitent toujours l'attention des médecins à cause des problèmes graves qu'ils leur posent et qui engagent fortement leur responsabilité.

Nous avons pensé faire œuvre utile en publiant l'observation que nous a obligeamment communiquée M. le professeur agrégé Riche. Nous essayons de déduire des faits présentés les conclusions qu'ils comportent, en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. C'est en effet de ce côté qu'ont été généralement dirigés les efforts de ceux qui se sont occupés de la question. De moindre importance ici sont les discussions pathogéniques. Ce à quoi ont toujours tendu les cliniciens, c'est à la recherche du signe pathognomonique de la lésion viscérale réclamant l'intervention d'urgence et, à son défaut, à la recherche des raisons qui la rendent légitime ou la contre-indiquent.

OBSERVATION INEDITE

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche)
Contusion de l'abdomen avec graves lésions viscérales.
Opération à la 16e heure. Guérison.

Le 12 octobre 1920 à 4 heures du soir, M. D... est pris et fortement serré entre le bord arrière de son camion automobile et une remorque qui le suivait. Il perd connaissance et on le ramène immédiatement à son domicile, où son médecin traitant le voit à 11 heures du soir. A ce moment, l'état général ne paraît pas grave, il n'a pas vomi, il a uriné et ses urines sont claires; le pouls bat aux environs de 100, la température est normale. Je vois le malade le lendemain matin 13 octobre, à 8 heures, 16 heures après l'accident. C'est un homme de 34 ans, tuberculeux avéré, qui a fait plusieurs congestions pulmonaires bâtardes et dont l'état général laissait beaucoup à désirer. Il est dyspnéique et parle avec quelque difficulté. Il dit souffrir beaucoup de la région thoraco-abdominale. Pas d'expectoration sanglante, aucun signe clinique de lésion thoracique d'origine traumatique.

Du côté de l'abdomen, par contre, c'est le « ventre de bois », uniformément dur, tendu, résistant, par contracture musculaire généralisée, plutôt rétracté. La palpation est douloureuse surtout dans la région sus-ombilicale, la percussion ne donne pas de renseignements bien nets: la matité hépatique est conservée, la sonorité des anses in-

testinales paraît moins claire par endroits ; la sonorité gastrique paraît normale. Le malade a encore rendu dans la matinée des urines claires. La température est à 37°2, le pouls à 96, régulier et bien frappé.

L'intervention chirurgicale est décidée et acceptée aussitôt par l'intéressé et sa famille. Elle est faite séance tenante. Anesthésie rachidienne à la syncaïne à 8 p. 100 (11 centigrammes). Elle est parfaite et devient générale, avec stertor, sans d'ailleurs aucun incident. Ni nausées, ni vomissements. Elle a été seulement un peu courte et on doit donner quelques bouffées d'éther pour la fermeture de la paroi.

Laparotomie, d'abord sous-ombilicale ; la cavité abdominale et le pelvis sont remplis de sang liquide : il y a là certainement près d'un litre de sang, que l'on assèche avec soin. On dévide alors régulièrement l'intestin grêle en partant du cæcum et l'on prolonge l'incision jusqu'à l'appendice xyphoïde pour une exploration totale de l'abdomen. Le grand épiploon est désinséré entièrement de son insertion gastrique à la grande courbure, sur une largeur de près de 20 centimètres, et ses vaisseaux saignent encore faiblement. Ils sont aussitôt liés, mais on réserve la suture épiploïque.

L'exploration de l'estomac est particulièrement intéressante : elle est d'ailleurs grandement facilitée par la désinsertion traumatique du grand épiploon. Sur une étendue transversale de 4 à 5 centimètres, verticale de 1 à 2 centimètres, dans la région prépylorique et au voisinage de la grande courbure de l'estomac, présente une rupture incomplète intéressant les tuniques internes : seule la séreuse persiste à ce niveau. La paroi de l'organe n'a plus à cet endroit que l'épaisseur d'une feuille de papier. La zone contuse est enfouie largement par une suture dou-

ble à la soie fine. A la face postérieure de l'estomac et en un point sensiblement symétrique existe un autre foyer contus, moins étendu, à peu près circulaire qui est lui aussi enfoui. Le mésocôlon transverse dans sa moitié gauche est le siège d'une déchirure assez large qui est suturée avec soin au catgut. Le côlon transverse gauche présente lui aussi un petit foyer de rupture incomplète avec suffusion sanguine qui est également enfoui. Le foie, la rate, les reins, rapidement examinés, ne présentent pas de lésion apparente. Mais il existe, dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, en avant et de chaque côté de la colonne lombaire, par conséquent englobant l'aorte et la veine cave, un énorme hématome diffus, s'étendant sur une hauteur de 20 centimètres et une largeur à peu près égale. Après une dernière et minutieuse vérification de l'abdomen, le grand épiploon est suturé à la grande courbure de l'estomac par un surjet à la soie fine et l'abdomen est refermé sans drainage.

Les suites opératoires ne paraissaient pas devoir être simples, tant en raison de l'étendue et de la diffusion des lésions qu'en raison de l'incertitude où l'on était de ne pas en avoir laissé échapper lors de l'exploration.

Le blessé est mis à un régime très sévère : pas d'alimentation buccale, sérum rectal et sous-cutané pendant les deux ou trois premiers jours. Le soir même, le pouls est à 100, bien frappé, la température 37°6. Le lendemain 14, pouls, 120; température, 37°8. Le 15, pouls, 110; température, 38°. Le 16, pouls, 100; température, 38°5.

Etat général bon, jamais de vomissements, ni de nausées.

Le 17 et le 18, la température varie de 37°5 à 38°2; le pouls de 90 à 100; au huitième jour le pouls et la température sont redevenus normaux. Le malade quitte la cli-

nique pour rentrer chez lui le 31 octobre, au dix-huitième jours. Il a été revu depuis et tout récemment encore, en bon état (mai 1922).

De bonne heure les médecins se sont occupés des contusions de l'abdomen et sans remonter aux anciens, nous voyons déjà que Larrey (1766-1842) préconise « l'enveloppement de tout le corps du malade dans la peau bouillante ou fumante d'un mouton qu'on aura écorché tout vivant ». C'est là une médication dont l'intérêt réside dans son étrangeté surtout. Après lui, Robert de Lamballe, Baudin, Poland, Longuet (1875) sont à citer parmi ceux qui ont étudié ces traumatismes, et il faut arriver à Bouilly pour qu'en France du moins fut entreprise la première laparotomie à la suite d'une contusion de l'abdomen.

On discute alors sur la nécessité de cette opération, et on conseille de la pratiquer dans les cas douteux. Mais d'autres opinions surgissent et en face des interventionnistes s'affirmèrent les partisans de l'expectation armée. D'un côté, Michaux, Reclus, de l'autre Moty, Jalaguier et Nimier qui préférèrent attendre des symptômes de péritonite avant d'intervenir. Toutes ces notions au sujet de l'historique de la question sont développées dans la thèse de Mendy (Paris, 1896).

Les contusions de l'abdomen furent alors mises à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie de 1896. Le rapporteur, Demons, critique d'abord les différents artifices employés pour arriver à un diagnostic ferme : ingestion de liquides, insufflation d'hydrogène dans le rectum, injection d'air stérilisé (Keen) dans la vessie, tous inutiles et même dangereux. Il s'attache à démontrer que seule la

laparotomie exploratrice pouvait être employée dans les cas de gravité moyenne.

Le Dentu accepte cette intervention sous réserve « qu'on n'y ait pas recours au nom d'un principe absolu », et conclut en disant que la « laparotomie est justifiée toutes les fois que les éléments du diagnostic seront insuffisants pour fournir une certitude approximative et que les circonstances permettront d'admettre a priori la possibilité de lésions viscérables ». Il la conseille même dans les cas graves. Michaux est partisan de la laparotomie exploratrice systématique dans le traitement des contusions de l'abdomen; Tédenat pratique la « laparotomie aussi hâtive que possible toutes les fois que la violence des traumatismes et les phénomènes survenus rendent probable l'existence de lésions viscérales ». Enfin Mety est au contraire attaché à l'expectation armée ainsi que Nimier. Guinard propose la boutonnière exploratrice sus-pubienne. Ainsi donc la divergence de vues entre les cliniciens était grande à cette époque-là.

Ce qui les préoccupe surtout c'est le traitement de ces contusions abdominales. A une extrémité, les interventionnistes, ceux qui veulent opérer pour prévenir les conséquences des hémorragies internes, des ruptures viscérales, des perforations du tube digestif. Et les observations de leur apporter les preuves de la justesse de leurs opinions. A l'autre extrémité, ceux que les insuccès des laparotomies et les quelques cas heureux dus au traitement médical: repos, glace sur le ventre, font rester dans l'expectation et opérer alors qu'il est trop tard.

Chacun étayait ses arguments et ses convictions de statistiques personnelles importantes. Pourquoi de pareils écarts entre des cliniciens aussi éminents et aussi soucieux de l'observation des faits? C'est que les symptômes

présentés par les individus atteints de traumatisme de l'abdomen sont variables suivant les cas, et que malgré les commémoratifs, ils ne suffisent pas assez souvent, à former un groupe tellement compact, qu'on puisse porter le diagnostic de lésion anatomique. Et pourtant quelle peut être leur gravité, les observations publiées par les différents auteurs sont là pour nous le montrer. Relisons les observations de Sencert et Ferry, celles qu'ils ont relevées dans la littérature médicale concernant les contusions ayant provoqué la déchirure du mésentère, et nous voyons que ces dégâts ne se traduisent généralement que par des indices légers et non par des symptômes nettement impérieux. En effet et là tous les auteurs sont d'accord, on ne peut se baser sur la gravité du traumatisme et l'état de shock consécutif pour poser les indications d'une laparotomie. Seulement la position du blessé, la façon dont a agi la force au moment de l'accident sont à retenir (*Journal de Chirurgie*, 1921, Désinsertion du mésentère dans les contusions de l'abdomen, Sencert et Ferry). Guinard, dans l'article du Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, Lejars, disent nettement que les « lésions viscérales les plus graves peuvent pendant plusieurs heures ne s'accompagner d'aucun symptôme inquiétant ».

On voit combien peut être embarrassé le médecin en pareil cas, aussi est-ce avec la plus scrupuleuse attention qu'il devra examiner le blessé et rechercher les quelques signes qui décèlent parfois les lésions graves, car tout à l'heure ils seront éclipsés par les signes d'hémorragie ou de péritonite et le patient ne pourra plus être sauvé à cause des lenteurs mises à faire un diagnostic et des hésitations à poser une indication opératoire.

Ces questions sont connues et nous passerons rapidement sur l'état de shock qui ne doit pas intervenir dans

l'appréciation de la gravité des lésions internes; avant de se prononcer « il faut évidemment attendre que le shock traumatique ait disparu » (Tédenat). La douleur, l'état syncopal, la stupeur, l'hypothermie, l'accélération du pouls, les vomissements n'entreront en ligne de compte que s'ils ne disparaissent pas sous l'effet des injections de sérum, de caféine, etc., mises en branle à cette occasion. Mais à côté de cette pléiade de renseignements plus ou moins trompeurs; quelques-uns, peu nombreux, guideront le chirurgien: la contracture de la paroi, symptôme non limité au point contus (ventre de bois) a été signalé par Jalaguier, Michaux, Guinard. Plus récemment, MM. Forgue et Hartmann ont appelé l'attention là-dessus et « ont fondé sur lui l'indication nette d'une laparatomie immédiate ». L'hyperesthésie cutanée est un signe assez important mais inconstant de lésion perforante. De nombreux auteurs et M. Forgue surtout n'accordent qu'une valeur très restreinte au signe de Jobert ou « sonorité pré-hépatique », quand aux selles sanglantes », elles sont exceptionnelles. Divers auteurs ont signalé la rétention d'urine, les hématuries même sans fracture du bassin, l'anxiété respiratoire, le hoquet, la douleur locale. Nous ne faisons que citer ces symptômes inconstants et qui ne sont pas des témoins irrécusables des dégâts viscéraux.

On le voit « la clinique est en faillite » assez souvent, et c'est à cause de cela que Guinard et Mayo Robson ont proposé la boutonnière exploratrice sus-pubienne, grâce à laquelle ils peuvent explorer le péritoine et que l'on élargit pour faire une laparotomie au cas où l'incision primitive et modeste révèle des lésions considérables et nécessitant une intervention plus sérieuse.

Combien hésitant est le chirurgien s'il cherche un symptôme révélateur dans l'état général, tout ce qui précède

le montre clairement. Jusqu'ici, nous voyons que seule la contracture généralisée de l'abdomen a trouvé grâce devant des maîtres éminents. L'observation publiée en tête de notre travail en donne une nouvelle preuve

Cette observation présente plusieurs points intéressants et l'on peut en tirer quelques enseignements précieux. Comme nous l'avons dit dans les pages précédentes; la façon dont s'est produit le traumatisme est ici de quelque valeur. La compression a été très forte. On ne peut évidemment pas se baser là-dessus pour penser fermement qu'il y a des lésions viscérales et nous savons d'autre part que « l'intensité des lésions n'est jamais en rapport avec l'intensité du traumatisme ». Pourtant n'est ce pas là être un peu absolu, et ne pouvons-nous pas être de l'avis de Sencert qui, dans l'observation déjà mentionnée voit un rapport de cause à effet, pas absolue il est vrai, entre les « traumatismes très violents, mais agissant lentement, progressivement et surtout tangentiellement aux parois de l'abdomen », et les déchirures du mésentère. Dans l'observation ci-jointe, M. le professeur agrégé Riche trouve une déchirure considérable du grand épiploon et d'autres dégâts importants, et d'autre part il nous dit que le traumatisme a été sérieux. Il s'agit ici d'une compression forte plutôt que d'un coup violent et brusque.

L'histoire de l'accident ne doit pas avoir dans l'esprit du médecin une valeur trop grande ; il ne convient pas tout de même de la négliger complètement. Ce ne sont pas les commémoratifs en effet qui peuvent légitimer l'intervention qui a été proposée et faite. L'état général, mis à part, l'état pulmonaire du blessé, était satisfaisant, puisque le pouls est à 100, bien frappé et que la température n'est pas élevée. Mais ce qui a fait poser une indication

opératoire nette: c'est la contracture généralisée. Nous avons dit déjà quelle était la valeur que MM. Forgue et Hartmann accordaient à ce symptôme, et nous voyons, par l'observation ci-dessus, combien les constatations faites en cours d'opération ont souligné en même temps que l'exactitude de ce témoignage l'excellence de la conduite tenue. Contracture généralisée, douleur surtout dans la région sus-ombilicale, voilà quelles ont été les pièces justificatives de l'intervention. Et il fallait agir de suite, selon la règle formulée par Lejars: « Dans les premières heures, il faut poser les indications et se déterminer sur un certain nombre de signes qui ne sont pas, qui ne devront pas être des signes de péritonite ».

Ici les retards apportés à l'opération eussent été néfastes. La gravité des lésions était telle, en effet, que l'on devait agir de suite. Les vaisseaux de l'épiploon saignaient. On sait combien sont dangereuses les lésions des mésos et les deux observations de Sencert et Ferry tirent justement leur intérêt de la gravité et de la rareté des lésions anatomiques constatées: désinsertion du mésentère. Ici le mésentère est intact, mais en revanche le mésocôlon transverse est déchiré, le grand épiploon désinséré et l'estomac présente une rupture presque complète sur sa paroi antérieure. Ce sont là des lésions dont la rareté n'a d'égale que l'importance surtout la rupture à peu près complète de l'estomac. Et, fait intéressant, une rupture incomplète de l'estomac en un point symétrique de sa paroi postérieure. Les dangers de l'expectation armée ne sont-ils pas évidents après qu'on a lu l'observation du malade de M. le professeur Riche? Est-ce que le repos et la glace sur le ventre, les opiacés à haute dose auraient entravé le processus évolutif et si souvent fatal des désinsertions des mésos, déchirures ou ruptures de l'intestin ou de l'estomac? Attendre? Mais quel symptôme?

Sencert et Ferry distinguent trois types cliniques dus aux désinsertions mésentériques: le type d'hémorragie interne, le type de perforation intestinale, le type latent. Mais ils avouent qu'il n'y a « aucun symptôme qui permette de reconnaître la déchirure d'un épiploon ou la désinsertion mésentérique qui saigne ». Ici non seulement le diagnostic de la source de l'hémorragie ne pouvait pas être fait, mais non plus même celui d'hémorragie interne. Le malade était légèrement dyspnéique, mais il n'avait pas d'hypothermie et son pouls était bon; pas de signe de perforation intestinale non plus. Le ventre était contracturé, douloureux, c'était là le signe essentiel, occupant tout le tableau clinique. Du moment que ce signe existait il fallait intervenir, car au-dessous de cette paroi abdominale, dure, résistante, étaient des lésions graves, sans quoi cette contracture qui paraît généralement quelques heures après l'accident, n'eut pas existé. Discussion inutile dans ce cas, attente fatale au blessé, préjudiciable à l'opérateur. Car plus tôt on opère et meilleures sont les conditions générales et locales de l'intervention. Ce n'est pas seulement parce que la péritonite sera apparue, que l'hémorragie aura anémié davantage le malade, que l'état général, en un mot, sera peu satisfaisant que les dangers courus seront plus grands et les résultats plus aléatoires; mais aussi parce que dans un abdomen blessé depuis longtemps le chirurgien évoluera avec bien moins de facilité.

Aussi ne saurions-nous trop insister sur ces deux points qui dominent toute l'histoire des contusions de l'abdomen. Diagnostic précoce, intervention hâtive. Ce sont là les deux éléments essentiels, les deux conditions *sine qua non*, pourrait-on dire des guérisons obtenues chez les contusionnés de l'abdomen. Relevons les observations rap-

portées au Congrès de Chirurgie, en 1896, nous voyons combien nombreux et éminents sont les cliniciens partisans de l'expectation armée. Ils ont eu des succès en maintenant leurs malades au repos. Nous ne pouvons pas ici discuter leurs observations ; mais ils n'ont pas entraîné la conviction unanime, loin de là. Car les cas cités par eux et terminés par la mort eussent pu être des cas heureux si une intervention avait été pratiquée.

Les esprits depuis se sont faits à l'idée de la bénignité des laparotomies exécutées avec toutes les conditions requises pour une opération sérieuse. Et il est bien certain que les médecins et chirurgiens ne reculent pas maintenant devant l'ouverture de l'abdomen lorsque dans leur esprit existe le moindre doute sur l'existence de complications viscérales, après une contusion de l'abdomen.

Lorsque l'intervention est décidée, la conduite à tenir relève de cas particuliers pour lesquels on ne peut guère donner de directives bien précises. M. le professeur agrégé Riche a lié les vaisseaux qui saignaient, suturé le grand épiploon à la grande courbure de l'estomac, enfoui les parties du côlon et de l'estomac qui étaient presque complètement rompues.

MM. Sencert et Rerry ont fait la résection de l'anse intestinale désinsérée et une entérorraphie circulaire termino-terminale dans un cas, une extériorisation du bout afférent et du bout efférent de l'intestin dans le second. Chaque lésion en effet commande une conduite différente et en rapport avec sa nature et son étendue. Avant d'ouvrir l'abdomen par une incision médiane, sous-ombilicale généralement, et que l'on peut prolonger jusqu'à l'appendice xiphoïde s'il est nécessaire, on ne sait nullement ce que l'on va trouver. Mais une exploration de tous les viscères est nécessaire : cette exploration doit être méthodi-

que, complète, l'intestin doit être dévidé minutieusement selon la technique habituelle et ce n'est que lorsqu'on aura passé en revue tous les organes et fait les réparations nécessaires, qu'on refermera la paroi. Nous n'insistons pas ici sur les procédés d'anesthésie et le besoin qu'il y a à opérer rapidement.

CONCLUSIONS

Si nous reprenons en quelques lignes les notions qui ressortent de l'observation que nous rapportons et des quelques pages qui précèdent, nous pouvons dire:

1° Que de tout temps les contusions de l'abdomen ont été étudiées par les médecins à cause de leur gravité.

2° Que les contusions comportent des lésions viscérales graves, même alors que les symptômes présentés sont légers.

3° Qu'il n'est plus question à l'heure actuelle d'expectation armée, et qu'à peu près tous les chirurgiens après de longues discussions en sont arrivés à intervenir systématiquement chaque fois que le cas est douteux.

En effet, la vie du blessé dépend de la promptitude de l'intervention. Comme l'a dit Lejars, il ne faut pas attendre que les indications opératoires soient posées par des signes de péritonite. Le pronostic de ces interventions sera d'autant plus favorable que celle-ci aura été précoce. D'autre part, il ne faut pas oublier que même si pendant quelque temps l'état général et local sont bons, il peut exister des contusions des viscères donnant lieu à la for-

mation d'escarre qui, au moment de leur chute entraînent une péritonite.

4° Le signe le plus important est la contracture de la paroi : le ventre de bois.

Ce sont là les réflexions que nous a suggérées l'observation de M. le professeur agrégé Riche.

BIBLIOGRAPHIE

Congrès français de chirurgie de 1897.

Deboulet. — Thèse de Paris, 1899.

Forgue. — Pathologie externe.

— et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie (article fait par Guinard).

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Mendy. — Thèse de Paris, 1896.

Sencert et Ferry. — Désinsertion intestinale du mésentère dans les contusions de l'abdomen. *Journal de chirurgie* de 1921.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

A propos d'une Laparotomie pour contusion de l'abdomen.

Par Mlle Natalie Todorovitch.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 20 mai 1922.
Le Professeur,
FORGUE.

Vu :
Montpellier, le 20 mai 1922
Le Doyen,
DERRIEN

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 mai 1922.
Le Recteur,
Jules COULET.